

считает, что осознание своей смертности придаёт жизни смысл (89; 98 и 80% соответственно).

Выясняла отношение молодёжи к суициду как способу сведения счётов с жизнью вторая часть анкеты.

На вопрос "Надеетесь ли Вы на лучшее в Вашей жизни?" однозначно "ДА" ответили 86% медиков, 74% педагогов и 50% художников. "Скорее НЕТ" - ответили 7% медиков, 20% художников. Настораживает, что 5% студентов-дизайнеров не видят в жизни перспектив (ответ "НЕТ").

41% студентов-медиков относятся к суицидентам категорично с осуждением. Для сравнения: 17% будущих педагогов негативно относятся к суицидентам. С пониманием и сочувствием к проблеме относятся 52% медиков, 67% педагогов и 55% дизайнеров.

Печален тот факт, что мысли о самоубийстве посещали хотя бы однажды практически каждого второго первокурсника ВГУ (48%) и ВГТУ (50%), и каждого четвёртого студента-медика (25%). Причинами этих мыслей молодёжь не пожелала делиться с исследователями (но это однозначно не финансовые трудности или неизлечимая болезнь). Среди будущих педагогов и художников достоверно чаще причиной суицидальных мыслей называется предательство любимого человека - 42% и

44% соответственно.

Ответы на вопрос о приемлемых способах самоубийства не отличаются новизной - таблетки считают лучшим методом 53% студентов-медиков, 41% студентов-педагогов и 44% художников. Доступность медикаментов наталкивает их на эти мысли. Художники также чаще склонны к вскрытию вен - 44%.

На последний вопрос "Если бы Вы решились на самоубийство, смог бы кто-нибудь Вас остановить?" - студенты ответили "Нет" в 14, 13 и 20% случаев соответственно). Большинство же студентов (86% медиков, 87% педагогов и 80% художников) высказывали желание, чтобы их остановили.

По мнению молодёжи, наиболее часто к попыткам ухода из жизни приводит одиночество, не сложившаяся личная жизнь или психическое заболевание; значительно реже - материальные трудности. Отрадно отметить, что 75.0% студентов 1-го курса ВГМУ и 62.2% - ВГУ считают, что безвыходных ситуаций не существует.

Именно это мнение и взгляд вселяет определенный оптимизм и указывает на необходимость повышения качества работы психологической службы в молодежной среде.

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Касьян О.А., Церковский А.Л., Гапова О.И., Ивашкевич Ю.В., Федосеенко В.С., Петрович С.А.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

Студенческая молодёжь является особой профессиональной группой, объединенной возрастом, а также специфическими условиями труда и жизнедеятельности, которые могут отражаться на состоянии здоровья будущих специалистов.

Учитывая роль эмоционально-стрессовых факторов в возникновении характерных для данной возрастно-профессиональной группы заболеваний, можно полагать, что распространенность их среди студентов связана с дезадаптацией к большим и непривычно организованным учебным нагрузкам в ВУЗе. В связи с этим, проблема адаптации является ключевой в этом процессе.

Студенты - группа людей, находящихся в юношеском возрасте, которым присущи ряд особенностей, таких как: укрепление своей Я-концепции, формирование ценностных ориентаций, норм морали, самоопределение, поиск области приложения своего труда, осознание своего места в мире.

Этот возраст не обходится без кризисов, но они, как правило, индивидуальны. Ключевой момент, характерный для этого возраста - завершение формирования основных черт личности.

Именно на этой основе и происходит формирование стрессовых состояний. Для данной возрастной категории характерен профессиональный стресс - учебный.

Актуальность исследования стрессоустойчивости, как качественного показателя стойкости к стрессу, как основы успешного социального взаимодействия, эффективной профессиональной деятельности, эмоциональной стабильности, подтверждается в связи с увеличени-

ем общего количества стрессоров различного генезиса в современном обществе. В то же время, успешное протекание процесса адаптации приведёт к формированию зрелых в профессиональном и личностном отношении здоровых специалистов.

Актуализация изучения стрессоустойчивости обусловлена, прежде всего, наличием такой "проблемной зоны" вузовского обучения, как сложности социально-психологической адаптации студентов-первокурсников: резкая смена динамического стереотипа, трудности общения с новыми людьми, потеря высокого социометрического статуса, трудности проживания в общежитии, неудовлетворенность личной жизнью и т.д. Среди проблем обучения в вузе необходимо отметить и постепенное снижение мотивации к обучению у ряда студентов, снижение индекса здоровья, нарастание от курса к курсу у некоторых студентов сомнения относительно правильности выбранной профессии. Кроме общих стресс-факторов, характерных для всего вузовского образования, необходимо отметить ряд "специфических" факторов, свойственных системе высшего медицинского образования.

К ним относятся:

- 1) шестилетний срок обучения;
- 2) сложность и многочисленность дисциплинарных клинических знаний;
- 3) высокая требовательность педагогов к усвоению студентами необходимого объема медицинской информации и формированию на ее основе прочных профессиональных умений и навыков;

4) осознание студентами высокой ответственности относительно будущей профессиональной деятельности и особой социальной и личностной значимости предмета этой деятельности - здоровья пациентов. При изучении стрессоустойчивости студентов ВГМУ мы будем исходить из выводов, сделанных нами при анализе существующих научных данных по проблеме стрессоустойчивости в системе высшего образования. Это означает, что в своем исследовании решающее значение нами будет придаваться психологическим механизмам регуляции [1,3]. Б.Х. Варданян условно выделяет два способа психической регуляции стрессоустойчивости, то есть два способа восстановления нарушенного отношения между отдельными компонентами деятельности - "внутренний" и "внешний" [2]. Так, к "внутренним" способам он относит такие приемы преодоления эмоциогенной ситуации, которые адресованы внутренним субъективным факторам возникновения этой ситуации.

Способы же "внешнего" преодоления направлены на устранение внешних условий возникновения эмоциогенной ситуации - в первую очередь, на изменение операционального состава деятельности [2].

Можно заключить, что мера устойчивости к стрессу будет определяться именно эффективностью функционирования обоих рассмотренных компонентов. Иными словами, степень и мера устойчивости к стрессу опосредована: 1) особенностями личностной организации (темперамент, характер, мотивация, установки, ценности); 2) уровнем развития операциональных характеристик человека как субъекта (стили деятельности и поведения, познавательная активность, профессиональные способности и умения). В основе изучения стрессоустойчивости студентов будут находиться данные, полученные в результате использования "Теста, определяющего ве-

роятность развития стресса (по Т.А. Немчину и Тейлору). Само же исследование будет проходить в три этапа. На первом этапе будут изучаться личностно-индивидуальные детерминанты стрессоустойчивости: темперамент, Я-концепция, локус контроля, характерологические особенности (тревожность, агрессивность, общительность), особенности мотивационной сферы (мотивация достижения успеха и избегания неудачи, мотивация аффилиации, склонность к поиску ощущений). На втором этапе будет проводиться исследование студента, как субъекта деятельности и поведения по таким направлениям: изучение конфликтного поведения; исследование стратегий совладающего поведения, а также изучение защитного поведения через выявления иерархической структуры механизмов психологической защиты. Полученные нами данные о стрессоустойчивости студентов ВГМУ позволят нам создать психологическую модель стрессоустойчивости студентов-медиков. Эта модель будет лежать в основе Программы по формированию устойчивости к стрессу у студентов медицинского вуза на этапе получения образования.

Литература:

1. Аболин, Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека / Л.М. Аболин. - Казань: Изд-во КазГУ, 1987. - 262 с.
2. Варданян, Б.Х. Механизмы регуляции эмоциональной устойчивости / Б.Х. Варданян // Категории, принципы и методы психологии. Психические процессы. - М., 1983. - С. 542-543.
3. Реан, А.А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика / А.А. Реан, А.Р. Кудашев, А.А. Баранов. - СПб.: Прайм-Еврознак, 2006. - 479 с.

МНОГОЛИКАЯ НЕВРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА (КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА)

Киселева Ж.А.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

Слабость мимической (лицевой) мускулатуры с одной стороны - часто встречаемое в клинике нервных болезней состояние. Необходимо отличать центральный и периферический тип поражения системы лицевой иннервации.

Центральный паралич мимической мускулатуры обусловлен контралатеральным повреждением мозга выше уровня ядра лицевого нерва и клинически проявляется слабостью нижнелицевой мускулатуры: сглажена носогубная складка, асимметрия оскала, парусит щека. Функция верхнелицевой мускулатуры остаётся сохранной: возможно закрыть глаз, нахмурить бровь, наморщить лоб, сохранён или даже повышен надбровный рефлекс.

Основные причины вызывающие "центральный парез лицевого нерва":

- инсульт ишемический (85%), геморрагический (15%). Характерно острое начало, наличие гемипараза, гемиплегии.

- опухоли мозга полушарной локализации. Характерно постепенное начало с постепенным нарастанием неврологической симптоматики как очаговой (гемипарез), так и общемозговой (признаки внутричерепной гипертензии, головные боли с тошнотой и рвотой, застой на глазном дне).

- абсцесс мозга. Очаговая и общемозговая неврологическая симптоматика наряду с инфекционным анамнезом, воспалительными изменениями в анализах крови и ликворе.

Периферический парез мимической мускулатуры, прозоплегия, периферическая невропатия лицевого нерва - является самой частой краниальной невропатией, её частота составляет 13-24 на 100 000 населения. В популяции заболеваемость выше среди беременных, больных сахарным диабетом и артериальной гипертензией.

Периферический парез мимической мускулатуры возникает в результате поражения системы лицевого